

表 3-3 在宅医療（居宅）に関連する要因の重回帰分析の結果（Stepwise 法、N=344）

	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率	共線性の統計量	
	B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
(定数)	27.821	4.437		6.270	.000		
往診	.313	.053	.324	5.892	.000	.361	2.772
訪問看護指示	.218	.034	.255	6.328	.000	.673	1.487
緊急往診	.219	.048	.245	4.576	.000	.383	2.609
在宅療養中患者_緊急入院受入	.049	.012	.143	4.099	.000	.901	1.110
療養病棟入院基本料	-.078	.023	-.112	-3.303	.001	.960	1.042
訪問薬剤指導の実施	.004	.002	.080	2.403	.017	.989	1.012

2. 自治体の医科レセプト・介護レセプトの連結分析による要介護者における在宅医療の現状の把握

表 4 から表 2-12 は分析を行った自治体における 2011 年 4 月から 2013 年 3 月までの外来患者における在宅医療関連レセプトの出現状況を分析した結果を示したものである。

表 4 訪問診療を受けている患者の状況

診療年月	患者数			診療報酬			介護報酬		
	全患者	訪問診療	訪問診療 %	全患者	訪問診療	訪問診療 %	全患者	訪問診療	訪問診療 %
201104	16,156	303	1.9%	88,671,337	2,903,790	3.3%	14,258,894	2,586,809	18.1%
201105	16,065	303	1.9%	85,419,165	2,638,993	3.1%	14,607,956	2,753,077	18.8%
201106	16,191	314	1.9%	84,827,281	3,144,482	3.7%	14,253,184	2,662,486	18.7%
201107	16,093	312	1.9%	92,008,963	3,193,941	3.5%	15,414,905	2,727,971	17.7%
201108	16,185	318	2.0%	87,367,133	2,934,540	3.4%	15,737,922	2,941,900	18.7%
201109	16,149	308	1.9%	85,561,232	2,887,219	3.4%	14,994,843	2,828,048	18.9%
201110	16,337	308	1.9%	86,483,955	2,912,269	3.4%	15,684,571	2,824,562	18.0%
201111	16,376	303	1.9%	84,885,673	2,395,315	2.8%	14,982,357	2,587,940	17.3%
201112	16,503	328	2.0%	85,741,369	3,084,262	3.6%	15,705,486	3,053,609	19.4%
201201	16,250	323	2.0%	90,081,118	3,417,312	3.8%	15,995,043	2,932,679	18.3%
201202	16,450	325	2.0%	89,778,308	4,125,511	4.6%	14,844,608	2,764,088	18.6%
201203	16,728	334	2.0%	95,836,929	3,147,766	3.3%	16,050,029	2,990,150	18.6%
201204	16,429	321	2.0%	90,562,448	3,184,617	3.5%	17,462,143	2,829,286	16.2%
201205	16,581	334	2.0%	93,369,719	3,663,132	3.9%	18,852,298	3,175,428	16.8%
201206	16,414	345	2.1%	88,859,601	3,557,262	4.0%	18,128,303	3,197,047	17.6%
201207	16,573	349	2.1%	86,590,162	3,546,624	4.1%	18,458,695	3,181,716	17.2%
201208	16,349	345	2.1%	91,606,393	4,104,114	4.5%	19,160,992	3,394,141	17.7%
201209	16,154	333	2.1%	84,006,543	3,286,693	3.9%	18,650,693	3,124,276	16.8%
201210	16,936	345	2.0%	92,084,663	3,386,461	3.7%	19,615,520	3,504,732	17.9%
201211	16,704	344	2.1%	89,120,448	3,874,928	4.3%	19,094,921	3,302,852	17.3%
201212	16,782	339	2.0%	94,888,719	4,133,471	4.4%	19,317,271	3,447,611	17.8%
201301	16,554	337	2.0%	89,717,452	3,329,043	3.7%	19,384,601	3,494,328	18.0%
201302	16,582	351	2.1%	83,172,434	3,548,159	4.3%	17,401,456	3,206,887	18.4%
201303	16,810	351	2.1%	92,339,678	3,155,266	3.4%	19,665,917	3,598,599	18.3%

この自治体の国保・長寿医療制度で診療を受けている患者は各月とも約 16,500 人であるが、その約 2%にあたる 350 人が訪問診療を受けている。経時的にみると訪問診療を受けている患者は徐々にではあるが増加傾向になる。

訪問診療を受けている患者は医療費でみると総額の 4%前後、介護給付費では約 18%を消費している。経時的にみると医療費は絶対額と割合ともに徐々に増加傾向にあるが、介護給付の場合絶対額は増加傾向にあるが、割合は一定である。

表5は訪問診療を受けている患者のその他の在宅系サービスの利用状況を見たものである。もっとも利用されているサービスは訪問看護で多いときには約30%の患者が利用している。経時的にみると増加傾向にある。次に多いサービスは往診で10%前後の患者が利用している。経時的に一定の傾向はない。在宅経管栄養法、緊急往診、ターミナルケアはいずれも1%前後であるが、ターミナルケアは近年増加傾向にある。

表5 訪問診療を受けている患者のその他の在宅系サービスの利用状況

診療年月	訪問診療	訪問看護		在宅経管栄養法		往診		緊急往診		ターミナルケア	
		患者数	%	患者数	%	患者数	%	患者数	%	患者数	%
201104	303	50	16.5%	1	0.3%	33	10.9%	5	1.7%	0	0.0%
201105	303	49	16.2%	1	0.3%	21	6.9%	1	0.3%	0	0.0%
201106	314	53	17.5%	1	0.3%	29	9.6%	4	1.3%	0	0.0%
201107	312	52	17.2%	2	0.7%	31	10.2%	3	1.0%	0	0.0%
201108	318	53	17.5%	2	0.7%	26	8.6%	2	0.7%	0	0.0%
201109	308	53	17.5%	2	0.7%	25	8.3%	2	0.7%	0	0.0%
201110	308	54	17.8%	2	0.7%	19	6.3%	1	0.3%	0	0.0%
201111	303	53	17.5%	1	0.3%	20	6.6%	1	0.3%	0	0.0%
201112	328	71	23.4%	2	0.7%	37	12.2%	3	1.0%	0	0.0%
201201	323	75	24.8%	2	0.7%	50	16.5%	1	0.3%	0	0.0%
201202	325	76	25.1%	2	0.7%	44	14.5%	2	0.7%	0	0.0%
201203	334	80	26.4%	2	0.7%	42	13.9%	1	0.3%	0	0.0%
201204	321	76	25.1%	2	0.7%	27	8.9%	1	0.3%	4	1.3%
201205	334	80	26.4%	2	0.7%	32	10.6%	2	0.7%	3	1.0%
201206	345	79	26.1%	2	0.7%	35	11.6%	2	0.7%	2	0.7%
201207	349	78	25.7%	2	0.7%	31	10.2%	3	1.0%	3	1.0%
201208	345	85	28.1%	2	0.7%	48	15.8%	2	0.7%	7	2.3%
201209	333	91	30.0%	2	0.7%	39	12.9%	0	0.0%	5	1.7%
201210	345	93	30.7%	2	0.7%	43	14.2%	1	0.3%	3	1.0%
201211	344	81	26.7%	2	0.7%	34	11.2%	1	0.3%	2	0.7%
201212	339	80	26.4%	3	1.0%	45	14.9%	1	0.3%	7	2.3%
201301	337	82	27.1%	3	1.0%	40	13.2%	0	0.0%	6	2.0%
201302	351	58	19.1%	3	1.0%	18	5.9%	2	0.7%	5	1.7%
201303	351	61	20.1%	3	1.0%	31	10.2%	0	0.0%	3	1.0%

表6は訪問診療を受けている患者の傷病の状況を見たものである。脳血管障害を持つ者は全体で約17%であるのに対し、訪問診療を受けている者では約35%、筋骨格系疾患はそれぞれ約30%と約60%、肺炎はともに約10%であるが訪問診療を受けている者で若干高い傾向がある。がんは全体で約8%であるのに対し、訪問診療を受けている者では約12%、認知症は約6%と約50%となっている。経時的にみると認知症を持つ患者の増加が大きい。

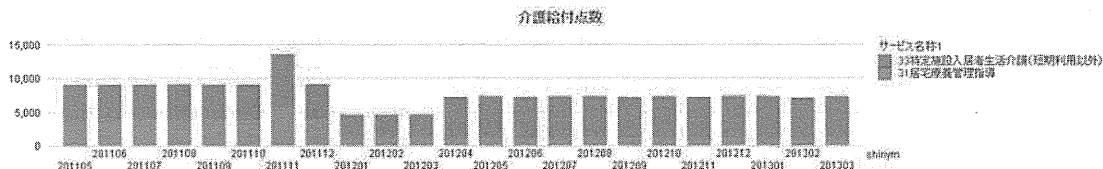
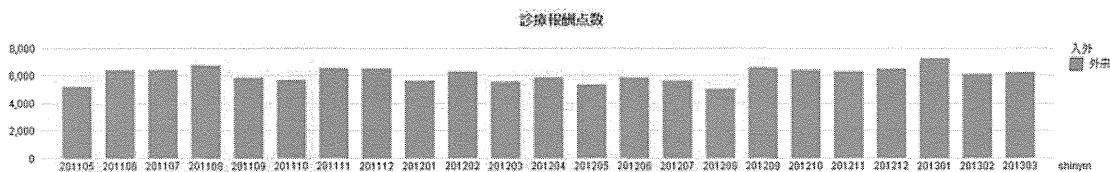
表6 訪問診療を受けている患者の傷病の状況

診療年月	総患者数	訪問診療患者数	脳血管障害				筋骨格系疾患				肺炎			
			全体	全体%	訪問診療	訪問診療%	全体	全体%	訪問診療	訪問診療%	全体	全体%	訪問診療	訪問診療%
201104	16,156	303	2588	16.0%	90	29.7%	4947	30.6%	155	51.2%	1176	7.3%	30	9.9%
201105	16,065	303	2562	15.9%	96	31.7%	4927	30.5%	164	54.1%	1155	7.1%	37	12.2%
201106	16,191	314	2610	16.2%	98	32.3%	5041	31.2%	166	54.8%	1054	6.5%	37	12.2%
201107	16,093	312	2582	16.0%	93	30.7%	5070	31.4%	164	54.1%	930	5.8%	21	6.9%
201108	16,185	318	2623	16.2%	99	32.7%	5144	31.8%	175	57.8%	958	5.9%	26	8.6%
201109	16,149	308	2601	16.1%	101	33.3%	5105	31.6%	165	54.5%	951	5.9%	28	9.2%
201110	16,337	308	2633	16.3%	106	35.0%	5139	31.8%	169	55.8%	1121	6.9%	33	10.9%
201111	16,376	303	2630	16.3%	101	33.3%	5095	31.5%	166	54.8%	1177	7.3%	25	8.3%
201112	16,503	328	2703	16.7%	108	35.6%	5177	32.0%	176	58.1%	1285	8.0%	33	10.9%
201201	16,250	323	2593	16.0%	105	34.7%	5061	31.3%	175	57.8%	1462	9.0%	36	11.9%
201202	16,450	325	2644	16.4%	105	34.7%	5069	31.4%	173	57.1%	1657	10.3%	40	13.2%
201203	16,728	334	2708	16.8%	114	37.6%	5213	32.3%	171	56.4%	1341	8.3%	42	13.9%
201204	16,429	321	2682	16.6%	107	35.3%	5245	32.5%	171	56.4%	1194	7.4%	27	8.9%
201205	16,581	334	2718	16.8%	99	32.7%	5344	33.1%	162	53.5%	1156	7.2%	24	7.9%
201206	16,414	345	2696	16.7%	107	35.3%	5353	33.1%	169	55.8%	925	5.7%	29	9.6%
201207	16,573	349	2710	16.8%	106	35.0%	5311	32.9%	180	59.4%	899	5.6%	25	8.3%
201208	16,349	345	2716	16.8%	104	34.3%	5346	33.1%	183	60.4%	932	5.8%	32	10.6%
201209	16,154	333	2662	16.5%	98	32.3%	5267	32.6%	184	60.7%	982	6.1%	37	12.2%
201210	16,936	345	2766	17.1%	103	34.0%	5439	33.7%	183	60.4%	1276	7.9%	40	13.2%
201211	16,704	344	2722	16.8%	100	33.0%	5396	33.4%	192	63.4%	1359	8.4%	37	12.2%
201212	16,782	339	2725	16.9%	102	33.7%	5336	33.0%	185	61.1%	1524	9.4%	50	16.5%
201301	16,554	337	2740	17.0%	104	34.3%	5272	32.6%	186	61.4%	1737	10.8%	55	18.2%
201302	16,582	351	2693	16.7%	105	34.7%	5214	32.3%	192	63.4%	1539	9.5%	40	13.2%
201303	16,810	351	2776	17.2%	111	36.6%	5326	33.0%	194	64.0%	1278	7.9%	29	9.6%
診療年月	総患者数	訪問診療患者数	がん				認知症							
			全体	全体%	訪問診療	訪問診療%	全体	全体%	訪問診療	訪問診療%				
201104	16,156	303	1259	7.8%	35	11.6%	843	5.2%	132	43.6%				
201105	16,065	303	1235	7.6%	37	12.2%	843	5.2%	137	45.2%				
201106	16,191	314	1318	8.2%	38	12.5%	869	5.4%	139	45.9%				
201107	16,093	312	1281	7.9%	37	12.2%	861	5.3%	134	44.2%				
201108	16,185	318	1300	8.0%	35	11.6%	900	5.6%	140	46.2%				
201109	16,149	308	1312	8.1%	32	10.6%	925	5.7%	136	44.9%				
201110	16,337	308	1275	7.9%	34	11.2%	912	5.6%	139	45.9%				
201111	16,376	303	1297	8.0%	34	11.2%	921	5.7%	141	46.5%				
201112	16,503	328	1325	8.2%	36	11.9%	943	5.8%	142	46.9%				
201201	16,250	323	1289	8.0%	31	10.2%	944	5.8%	145	47.9%				
201202	16,450	325	1330	8.2%	35	11.6%	944	5.8%	147	48.5%				
201203	16,728	334	1390	8.8%	33	10.9%	972	6.0%	152	50.2%				
201204	16,429	321	1363	8.4%	34	11.2%	963	6.0%	152	50.2%				
201205	16,581	334	1379	8.5%	35	11.6%	999	6.2%	156	51.5%				
201206	16,414	345	1426	8.8%	39	12.9%	977	6.0%	161	53.1%				
201207	16,573	349	1418	8.8%	42	13.9%	997	6.2%	160	52.8%				
201208	16,349	345	1443	8.9%	44	14.5%	985	6.1%	161	53.1%				
201209	16,154	333	1415	8.8%	40	13.2%	1007	6.2%	158	52.1%				
201210	16,936	345	1502	9.3%	34	11.2%	1020	6.3%	162	53.5%				
201211	16,704	344	1460	9.0%	37	12.2%	1021	6.3%	159	52.5%				
201212	16,782	339	1519	9.4%	42	13.9%	1034	6.4%	154	50.8%				
201301	16,554	337	1430	8.9%	38	12.5%	1018	6.3%	157	51.8%				
201302	16,582	351	1441	8.9%	36	11.9%	1014	6.3%	170	56.1%				
201303	16,810	351	1482	9.2%	37	12.2%	1038	6.4%	168	55.4%				

今年度の研究では在宅医療を受けている患者について、個人別に医療と介護の利用状況を経時的に検討するためのデータベースを作成し、それをQlikviewで可視化するシステムを開発した。以下にその分析例を示す。

図2 分析を行った自治体におけるある認知症患者のサービス利用の状況

shirym	患者数	年齢	要介護度	診療報酬	介護報酬	訪問診療	訪問看護	在宅看護実施(往診)	緊急往診	在宅看護緊急	ターミナルケア	緊急訪問看護	訪問看護派遣	肺炎	認知症	認知症
201105	1	84.2	24	86,360	144,643	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
201106	1	83.0	24	6,374	25,460	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201107	1	84.0	24	6,376	25,240	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201108	1	84.0	24	6,751	26,240	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201109	1	84.0	24	5,848	25,460	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201110	1	84.0	24	5,678	25,240	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201111	1	84.0	24	6,403	25,460	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201112	1	84.0	24	6,517	26,240	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201201	1	84.0	24	5,979	24,040	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201202	1	84.0	24	6,237	23,200	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201203	1	84.0	24	5,539	24,040	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201204	1	84.0	24	5,873	24,336	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201205	1	84.0	24	5,330	25,127	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
201206	1	84.0	24	5,819	24,336	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201207	1	85.0	24	5,597	25,127	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201208	1	85.0	24	4,999	25,127	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201209	1	85.0	24	6,533	24,336	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201210	1	85.0	24	6,358	25,127	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201211	1	85.0	24	6,258	24,336	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201212	1	85.0	24	6,458	25,127	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201301	1	85.0	24	7,209	25,127	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201302	1	85.0	24	6,992	22,754	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
201303	1	85.0	24	6,226	25,127	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0



この利用者は2011年5月から特定施設に入居して在宅医療を受けている（当時は83歳で要介護度4）。傷病としては筋骨格系疾患と認知症があり、訪問診療以外の在宅医療は受けていない。介護サービスでは一貫して居宅療養管理指導が算定されている。2012年5月に肺炎と診断されているが、1月で治癒している。

D. 考察

1. 在宅医療の需要量推計の方法論について

今回の検討により NDB データ及び DPC データから在宅医療の需要量を推計する基本的な方法論は提示できたと考えられる。しかしながら、推計の精緻化のためには以下のような課題がある。

- (1) 在宅医療の対象者の定義： 今回の分析では現在在宅医療を受けている者に加えて、病床機能別の病床推計プログラムで退院可能と判定された者について「在宅需要」に加えている。しかしながら、現在入可能なデータでは個々の患者の状態像を検討することができない。表 2-1 から表 2-12 の結果が示しているように、傷病の状況、特に認知症の有無は在宅医療の負荷に相当程度の影響を持ちうる。DPC 調査や諸外国の慢性期入院（フランスの在宅入院制度を含む）を対象とした患者分類（casemix）を参考に、慢性期にある患者の医療ニーズ・介護ニーズをより客観的に把握する方法が必要であると考えられる。
- (2) 介護データとの連結： 慢性期にある患者が在宅で療養生活を送ることができるか否かは、当該地域の介護サービスの整備状況や医療と介護との連携を促進するための活動の状況に大きく依存する。特に、訪問看護のように医療と介護の双方からサービスが提供されている場合は、それを総合的に分析できる枠組みが必要である。
- (3) 訪問看護のデータ整備： 今回の分析では NDB を用いているが、そもそも医療保険の訪問看護については電子化率が低いという問題がある。介護保険ではほぼ 100%対応できていることから、その対応は喫緊の課題であると考えられる。
- (4) 地域単位での推計体制の整備： 在宅ケアの需要が地域における医療・介護の体制に大きく依存することを考えると、国全体で同じ仮定を用いた計算式でそれを推計することは不可能である。したがって、在宅ケアの需要推計のためには勘案するパラメータを設定した上で、それらに各地域の現状値と将来の推計値を入れていくという構造にせざるを得ないと考えられる。そのためには、本研究で行ったような自治体レベルでの詳細な分析をいくつかの地域パターンを設定して行う必要がある。その上で、地域単位で推計を行うツールを作成し提供することが求められる。

2. 在宅医療の提供量に関連する要因について

在宅医療の SCR を用いて、在宅医療の提供量に関連する要因を検討した結果、以下のような興味ある知見が得られた。

- ・ 訪問診療の提供量に関連する要因は、同一建物、特定施設、居宅で異なっていた。

- ・ 同一建物の訪問診療の SCR が高い地域は回復期リハビリテーション病棟入院料、有床診療所療養病床入院基本料、亜急性期入院医療管理料の SCR が高い。このことは急性期以後の病床が多い地域ではサービス付き高齢者住宅等での訪問診療が多い傾向があることを示唆している。
- ・ 特定施設の訪問診療の SCR が高い地域は、外来レセプトでの看取り、患者の住居での他職種カンファの SCR が高く、がん連携パス（受け入れ側）、入院機関とのケアマネジャーの連携、入院での看取りの SCR が低い。このことは有料老人ホームなどの特定施設が多いところでは医療も含めた関係者のカンファレンスが多く行われており、またそうした特定施設での看取りも多く行われている地域であることが示唆される。入院機関とのケアマネジャーの連携、入院での看取りの SCR が低いことから、こうした地域では病院と介護サービスとの連携に課題がある可能性も示唆される。
- ・ 居宅への訪問診療の SCR が高い地域は往診、訪問看護指示、緊急往診、在宅療養中患者_緊急入院受入、訪問薬剤指導の実施の SCR が高く、そして療養病棟入院基本料の SCR が低い。このことは看護師、薬剤師を含めて他職種が在宅ケアに関与し、緊急時の対応ができる地域では居宅での訪問診療が多く行われており、また療養病床の利用が少ないことが示唆される。もちろん、療養病床が少ないために総合的な在宅ケアが行われているという逆の関係も考えられる。

本研究は、地域の集約値を用いた生態学的研究(ecological study)であるため、因果関係の推論には注意が必要である。例えば、個々のケースでの因果の方向と、集約値の因果の方向が逆になる可能性（生態学的誤謬 Ecological Fallacy）の可能性については常に意識されなければならない。しかしながら、他職種が参加した総合的な在宅ケアが行われ、また緊急時の対応ができる地域で居宅での訪問診療が多く行われる傾向にあるというのは、我々の過去の研究結果とも符合するものである。

我々が平成 26 年度研究で採用したロジックに従って推計を行うと、2025 年には慢性病床の必要数は 24.2～28.5 万床で、現在であれば療養病床等で入院治療を受けているであろう 29.7～33.7 万人を在宅医療や介護施設で対応することになる。ここで前提となるのは医療区分 1 の 70%を入院以外で対応すること、療養病床の入院受療率の地域間格差を解消することの 2 つの仮定である。前者の仮定は日本慢性期医療協会から提出されたデータに基づくものであるが、福岡県医師会が平成 27 年 9 月に行った調査結果化では医療区分 1 の入院患者の約 50%が「(条件を整えば) 退院可能」と判定された。そして、その条件とは「家族の受け入れ (63%)」、「介護サービスの充実 (69%)」であった。療養病床入院患者の平均年齢はすでに 80 歳を越している場合がほとんどである。このことは受け入れる家族の高齢化も進んでいることを示唆しており、したがって受け入れ家族を含めて支援できる介護サービスが充実していることが、在宅医療の推進によ

る療養病床の削減の前提となる。しかしながら、介護保険料の現状と介護人材確保の困難性を考慮すると、今後団塊の世代が後期高齢者になる一方で、少子化のために若年労働者数が減少するという状況で、そうした対応が可能であるかについては慎重な検討が必要であろう。

限られた人的資源で医療ニーズ・介護ニーズの高い高齢者を効率的にケアするための方法を考えることが必要になる。その意味で平成 27 年度に厚生労働省に設置された「療養病床の在り方等に関する検討会」で提案され、そしてその設立が提言された「新類型」の今後の動向は重要である。新類型とは、療養病床の既存の資源を活用することを前提に、一部を病床として残しながら、残りを「施設」あるいは「すまい」に転換できる枠組みである。施設基準や人員配置基準などの詳細が今後検討されることになるが、例えば、「すまい」の場合、医療が外付けで提供できるようになり、現在よりも人員配置面で軽量化されることになる。このような形で療養病床の「脱病院化」が進むのであれば、サービスの低下を防ぎながら「療養病床数」を減らすことが可能になる。質の担保も含めて今後、その在り方について十分な検討が行われることが期待される。

推計のもう一つの仮定である「療養病床の入院受療率の地域差解消」については、より慎重な検討が必要である。例えば、65 歳以上人口 1000 人あたり病床数・介護保険施設定員数・高齢者向けすまい定員数の合計をみると、療養病床で観察された都道府県格差は小さくなる。このことは同じ状態像の高齢者が異なる枠組みでサービスを受けている可能性を示唆するものであり、したがって公平な評価のためには改めて異なる制度でサービスを受けているこれらの高齢者の状態像を把握する必要がある。いわゆる慢性期版 DPC のようなものが必要であると考えられる。これも今後の重要な検討課題であり、その研究が進められるべきであろう。

3. 在宅医療の基盤整備のさらなる推進

福岡県内の自治体の在宅医療の現状について、医科レセプトと介護レセプトを個人レベルで連結して分析した結果は興味深いものであった。在宅医療を受けている患者は徐々に増加しており、訪問看護を受けている者も 30%前後になっていた。傷病としては約半数が認知症を持っており、脳血管障害や悪性腫瘍を持っている割合は外来や入院も含めた全体よりも高かった。この結果は、認知症を併存症として持っている高齢者の在宅医療の推進という課題の大きさを示している。尾道市などでの先進事例がベースとなって認知症を持つがんのターミナル患者の在宅医療を支えるサービスとして平成 27 年度の介護報酬改定で従来の複合型小規模多機能施設が看護小規模多機能施設として再定義された。今回分析対象とした自治体ではまだ複合型小規模多機能施設が在宅医療の推進に十分活用されていないが、今後増加することが予想される認知症を持ったがんの患者の在宅医療に限られた人的・物的資源で柔軟に提供していくためには、看護小規模多機能施設の整備が不可欠であると考えられる。

また、多くの日常生活圏域で1か所は存在している老人保健施設は、通所・入所のサービスを医療対応も含めて他職種で提供しているが、今後認知症を持ったがん患者などの在宅医療を支援する仕組みとしてその活用が検討されるべきだろう。現在の制度では認知症を持ったがん患者に老人保健施設が対応することが、主に薬剤費や抗がん剤の周辺治療等のコストのために難しい状況がある。今後、報酬上の見直しが必要だろう。

今年度の研究では、在宅医療の経時的状況を個人別に分析できる仕組みを開発した。地域のケアマネジャーは在宅医療の好事例を多く把握しているが、そのような事例について本システムを用いて分析することで、在宅医療促進のための条件整理を行うことが可能になると考えられる。平成27年度から策定作業が始まっている地域医療構想では慢性期病床の削減が予定されているが、そのためにはその受け皿となる在宅医療が質・量ともに充実されなければならない。現時点では量としての在宅サービス量はある程度の確度で推計することができるが、その質をどのように担保するかは議論の根拠となるデータが不足している。在宅医療の質は個々のサービスの質に加えて、各患者のニーズに合わせて種々のサービスが適切に組み合わせられて提供されるネットワークとしての質によって決まる。このサービスの組み合わせに影響するものとして、ベースとなる傷病情報が重要であるが、現行の介護保険ではこの傷病情報が分析できる形で収集されていない。医科レセプトとの連結では限界があり、主治医意見書をデータベース化することが今後必要になる。また、平成27年度に導入された（平成28年度から必須化）療養機能強化型介護療養型医療施設入院患者の介護給付費明細書へのDPCコードによる病名記載を、今後介護施設全般に拡大されることも必要であろう。

このような情報をもとに、在宅医療を継続させるための臨床的条件（例えば、肺炎等の合併症の予防）を明らかにしていくための研究を今後行っていくことが必要であろう。いずれにしても在宅医療を促進するためにも基盤となる臨床研究が我が国では不足しており、質の高い地域医療構想を実現するためにも、そうした研究のさらなる推進が期待される。

E. 結論

今回の検討によりNDBデータ及びDPCデータから在宅医療の需要量を推計する基本的な方法論は提示できた。今後、その実用化に向けて在宅医療の対象者の定義の明確化、介護データとの連結分析、訪問看護のデータ整備を行ったうえで、地方自治体単位での推計を可能にするためのツール開発が必要である。

また、地域医療構想が仮定している在宅医療の提供量の増加を実現するためには、訪問看護や訪問薬剤指導といった在宅でのチーム医療提供体制の充実と緊急往診や広報病院への入院といった支援体制が必要であることも示された。そのためには地域包括ケア体制の実現について、地域レベルでデータをもとに医療介護関係者が協力して検討を

行う体制づくりが不可欠である。今回我々が試作した地域レベルで医療介護レセプトを総合的に分析する仕組みは、そのような地域包括ケア体制実現のための重要な情報基盤になると考えられる。

F. 健康危険情報

特に関係なし。

G. 研究発表

特に関係なし。

参考資料

- 1) フランスの在宅入院制度から考えるこれからの我が国の病院看護師の役割について
(病院、74 (5) : 347-352、2015 年.
- 2) 地域包括ケア病床は機能するのか (病院、74 (1) : 54-60, 2015 年)
- 3) 超高齢社会の進展と予想される疾病構造、医療提供体制の変化 (日本医師会雑誌、144 (11) : 2225-2229, 2016 年.
- 4) 医療における 2015 年をどうとらえるか (看護展望、40 (1) : 14-19, 2015 年)
- 5) 地域包括ケアのこれから～地域医療の現状分析を踏まえた地域包括ケアの展望と医療・介護事業者の役割～、高齢者ケア実践事例集 (ケア事例七九)、東京：第一法規、2016 年

フランスの在宅入院制度から考えるこれからの我が国の病院看護師の役割について

産業医科大学医学部公衆衛生学教室 松田晋哉

1. はじめに

社会の高度高齢化は医療と介護ニーズの複合化をもたらす。種々の要因（特に財政面）で制約がある以上、入院医療の提供量には制限があり、結果としてこれまでより医療ニーズの高い高齢者の在宅医療提供体制の整備が求められるようになる。表 1 は筆者が福岡県のある自治体の医療保険と介護保険のレセプトを用いて、在宅介護保険サービスを受けている高齢者の傷病の併存状況を分析した結果を示したものである。認知症があるがん患者は 2011 年 4 月に 18 名だったものが増減を繰り返しながら徐々に増加し 2013 年 3 月には 37 名に、そして同期間に認知症がある肺炎患者数は 16 名から 42 名、認知症がある筋骨格系疾患患者数は 121 名から 234 名、がんのある虚血性疾患患者は 32 名から 53 名、糖尿病のある慢性腎不全患者は 37 名から 67 名に増加していることがわかる。このように今後医療ニーズの高い高齢者の在宅医療のニーズが増大するのである。

現在、厚生労働省が進めようとしている病床機能別の入院サービス提供体制の整備は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期という区分は病期に対応した区分に基づいている¹⁾。しかしながら、高度高齢社会においてはこのような区分だけでは、地域医療のニーズには必ずしも応えられないだろう。なぜならば、表 1 に示したように在宅高齢者の医療ニーズの高まりにより、施設ケアと在宅ケアの内容がオーバーラップしていき、また、複数の傷病を持つ患者が増えることで、その医療ニーズは急性期・回復期・慢性期が複合化したものになっていくからである。さらに医療技術・看護技術の進歩が在宅医療を高度なものにしていく。こうした新しい環境に対応した病棟機能が必要なのである。

本稿でこれから説明するようにフランスでは患者の自宅を病院のベッドとみなし、そこで病院の医療チームが地域の開業医や開業看護師と共同で「入院治療」を行うという在宅入院制度がある。この仕組みは現在、イギリスやカナダ、アメリカにも広がっているが、我が国においてもそう導入可能性について検討すべきであると筆者は考えている。なぜならば、後述のように、このような仕組みを導入することで、平成 26 年度の診療報酬改定で導入された地域包括ケア病棟が、本来期待されている機能を十分発揮できるようになると考えられるからである。本稿ではこのフランスの在宅入院制度について説明する。

2. フランスの在宅入院制度

フランスの在宅入院制度は HAD (Hospitalization à domicile) と呼ばれるもので、1970 年 12 月 31 日病院法によって導入された。HAD の当初の目的はがん患者の急性期以後の医療を在宅で行うことで、入院期間を短縮し、がん治療の入院待ち患者数の減少と医療費の適正化を図ることであった。その後、1986 年 5 月 12 日保健省通達により、精神患者を除くす

すべての急性期以後の患者がHADの対象となり、2000年5月30日雇用連帯省通達でリハビリテーション医療も含まれることとなった。

現在のHADの基本的枠組みを定めているのはこの2000年5月30日雇用連帯省通達である。この通達によるとHADは「病院勤務医及び開業医によって処方される患者の居宅における入院である。あらかじめ決められた期間に（患者の状態により更新可能）、医師及びコメディカル職によるコーディネートされた継続性のある治療を居宅で行うサービス」と定義されている。図1はその概要を示したものである。

在宅入院サービスは在宅入院組織により提供される。多くの場合、在宅入院組織は病院組織の一部として組織されており、コーディネート担当医師と看護師、理学療法士、作業療法士、栄養士、薬剤師、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど他職種から構成されている。提供される主なサービスは図1に示した通りである。HADにおいて中心的な役割をはたしているのは、調整担当医師(Médecin coordonateur)と調整看護師(Infirmière coordonatrice)である。特に、パリのような大都市では調整看護師の果たす役割が大きい。

調整担当医師になるためには医学部を卒業し、医師としての初期研修を終えた後、大学で1年間の教育を受け大学ディプロマを取得しなければならない。現在、このディプロマを出しているのはパリ大学とグルノーブル大学の2か所である。他方、調整担当看護師になるための資格は現時点で特に定められていないが、その研修の制度化に向けて検討が行われている。

在宅入院を実施する手続は以下のとおりである。まず、開業医及び病院医師から調整担当医師に在宅入院の処方箋が送られる。調整担当医師は患者の状況を分析した後、在宅入院の対象となると判断した場合、在宅入院の調整を行う。パリ病院協会の場合は、調整担当医師の指示箋を受けて調整看護師はHADが必要となる患者に対して、在宅入院のケアプラン作成、入院時からの退院調整、他の在宅サービスの調整、患者や患者家族の相談などを行う。

在宅入院制度は入院前在宅入院(HAD a priori)と入院後在宅入院(HAD posteriori)に区分される。前者の典型例としてはハイリスク妊婦を対象としたものがある。この場合、患者の在宅にモニタリング機器が持ち込まれ、それを遠隔で病院の医師・看護師が監視する。そして、リスクが高いと判断された場合、すぐに病院に搬送され通常入院になるというシステムである。他方、入院後在宅入院(HAD posteriori)は手術後の管理やがん患者の在宅化学療法、脳梗塞後の在宅リハビリなどを多職種の協働のもとで行うものである。現在、約50%の在宅入院は病院に所属する在宅入院部門によって提供されているが、残りの半分は非営利組織の独立した在宅入院事業者(ベッドを持たない)によって提供されている。

HADは入院医療の一環であり、その病床数は地方医療計画(SROS)によって規定されている。予定されたレベルまで病状が回復し、「入院医療」が必要ないレベルになると「退院」し、その後は必要に応じて開業医や開業看護師の往診や自立給付制度(APA:日本の公的介

護保険制度に相当)による在宅介護サービスを受けることになる。

フランス政府はHADの推進に積極的で、2000年の4000床を8000床まで増やすことを計画している。そのためかつては1床のHAD創設は2床の一般病床閉鎖を必要としていたが、そのような規定は現在は廃止されている。

HADの支払いは1日あたり定額で行われている。推進のために比較的有利な点数設定がされている。しかしながら、患者の病態によって必要なサービスは異なることから、現在、主傷病、副傷病及びADL依存度の組み合わせによる診断群分類(groupes homogène de prise en charge: GHPG)の開発が行われており、将来的にはこれを用いた1日あたり定額払い方式への移行が予定されている。

ところで、在宅入院制度は診療報酬上、通常入院と同様の評価を受けているため、疾病金庫にとっては高いサービスになっているという批判がある。特に、近年、長期の継続的管理を必要とする高齢者の在宅入院制度利用が増加しており、それが本当に「入院医療」の対象として適切なのかということが議論されている。このような問題に対処するために現在フランスではMaintien à domicile(在宅維持=在宅ケア)という概念が提案され、Maintien à domicile、Maintien à domicile en réseau(ネットワーク型在宅ケア)、Service des Soins Infirmier à domicile(SSiAD;在宅看護サービス)の3つの形態で事業展開がなされている。

ここで在宅看護サービス組織による在宅ケア(SSiAD)について説明する。SSiADは多くの場合非営利民間組織によって提供される在宅サービスであり、高齢者及び障害者に対する看護師及びホームヘルパーによる看護・介護ケアをその中心とするものである。提供組織は社会活動及び福祉法典(Code de l' action sociale et des familles)に規定される社会事業者及び社会医療事業者に位置づけられており、一般の医療事業者とは異なる位置づけとなっている。サービスに対する報酬は医療保険から支払われている。現在は人数に比例した予算制になっているが、社会実験の後、今後重症度に応じた1件当たり包括払い方式に移行することになっている。

3. まとめ —我が国への応用可能性について—

筆者の私論であるが、地域包括ケア病棟は、将来的にこのような在宅入院サービスを行うべきであると考えている。地域包括ケア病棟はその果たすべき役割からも明らかなように、単体では機能しない。ネットワークの中に配置されることが必要であるし、むしろ図2のように地域包括ケア体制の中核になることが求められていると考えてよいだろう。筆者は在宅医療が機能するためには地域のナースステーションが必要であることをこれまで指摘してきた²⁾。表1に示したような医療ニーズの高い在宅高齢者が今後増加することを考えれば、24時間365日、そのモニタリングを担う機能が地域に実装される必要がある。しかもそれは必要な場合は入院につながる機能を持っていなければ患者およびその家族の安心を保障できないだろう。そう考えると地域包括ケア病棟を持つ病院の訪問看護機能が重

要になる。そして、在宅との連動性を考えれば、地域包括ケア病棟のスタッフが在宅入院のような形で在宅患者のケアを担う仕組みが望ましいのではないかと筆者は考えている。この場合、在宅の病床はその地域包括ケア病棟の一部とカウントされるため、院外に出ているとしても病床基準には違反しないルールとなる。地域包括ケア病棟についてはレスパイト入院についてもその是非について議論があるが、それも含めて柔軟な機能が地域包括ケア病棟には付与されるべきではないだろうか。そうでなければ在宅患者の持つ多様なニーズに応えることはできないだろう。

また、在宅入院的な機能を担う看護師については医師の包括的指示のもと、現在より広い範囲の裁量権を付与されるべきであると考え。例えば、カナダのケベック州ではそうした指示のもと処方の変更や一定程度の処置を行うことを滞められている看護師が、病院の家庭医部門をハブ組織とする家庭医グループ（Groupement de Médecin Familial: GMF）に配置されることで、柔軟かつ包括的な地域医療を提供する仕組みとなっている³⁾。加えて、地域包括ケア病棟に勤務する看護師には入院中に患者に対して退院後の療養生活上の留意点について教育を行う「治療的健康教育 therapeutic health education: THR」の機能を持つことも期待される。これはイギリスの GP surgery（一般医の診療所）でグループ診療の一環として Practice nurse が担っている重要な役割の一つである。現時点では、一研究者の私見に過ぎないが、地域包括ケア病棟に勤務する看護師が以上のような形で地域の患者をサポートする仕組みがあることで、我が国の在宅医療は質量ともに大幅に向上すると考えられる。その導入可能性について広く関係者に検討していただければと思う。

引用文献

- 1) 厚生労働省医政局：「第8回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」資料
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000073913.html>（平成27年2月21日閲覧）
- 2) 松田晋哉：地域における看護と看護補助の協同、病院 73(4)：281-286、2014.
- 3) 松田晋哉・藤森研司：ケベックにおけるプライマリケアの新しい実践事例、社会保険旬報；No.2417：14-19、2010.

表1 複合的な傷病を持つ
在宅要介護高齢者数の時系列変化
(福岡県の1自治体データ)

年月	認知症+ がん	認知症+ 肺炎	認知症+ 呼吸器系疾患	がん+ 虚血性心疾患	糖尿病+ 慢性腎不全
2011年4月	18	16	121	32	37
2011年5月	18	20	114	33	36
2011年6月	19	20	122	36	40
2011年7月	22	21	134	36	41
2011年8月	24	23	136	38	43
2011年9月	22	20	144	40	46
2011年10月	24	19	146	32	45
2011年11月	25	17	150	38	38
2011年12月	25	29	156	38	45
2012年1月	23	26	157	39	45
2012年2月	29	34	155	43	46
2012年3月	29	28	171	44	54
2012年4月	31	23	172	37	53
2012年5月	38	26	183	39	60
2012年6月	33	19	186	42	53
2012年7月	37	20	183	49	58
2012年8月	39	16	197	46	60
2012年9月	31	24	197	42	58
2012年10月	35	36	204	51	64
2012年11月	36	23	206	50	59
2012年12月	41	40	214	55	65
2013年1月	39	47	214	58	70
2013年2月	37	45	219	52	69
2013年3月	37	42	234	53	67

図1 フランスにおける在宅入院制度

(Hospitalization à Domicile: HAD)

提供される主なサービス

- ・ 化学療法
- ・ 抗生物質投与
- ・ 疼痛緩和ケア
- ・ 人工栄養
- ・ ガーゼ交換など
- ・ 治療経過モニタリング
- ・ 輸血
- ・ 人工呼吸の管理 等

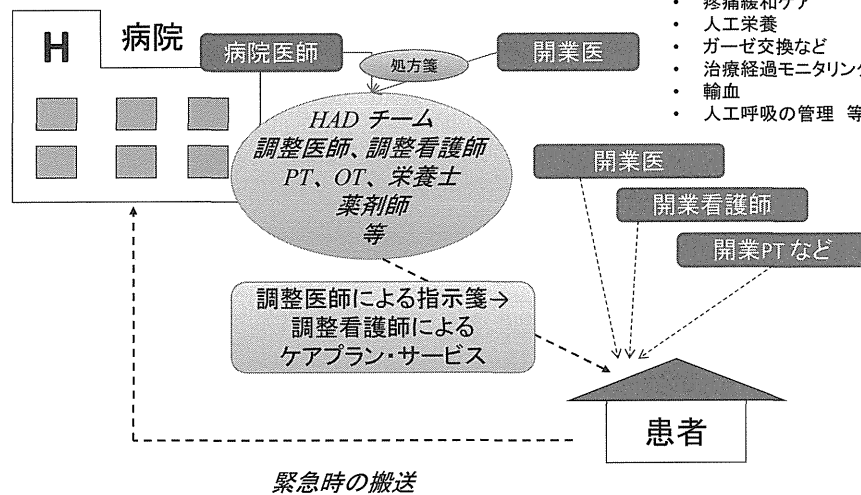


図2 在宅医療を支える地域包括ケアの仕組み(私案)

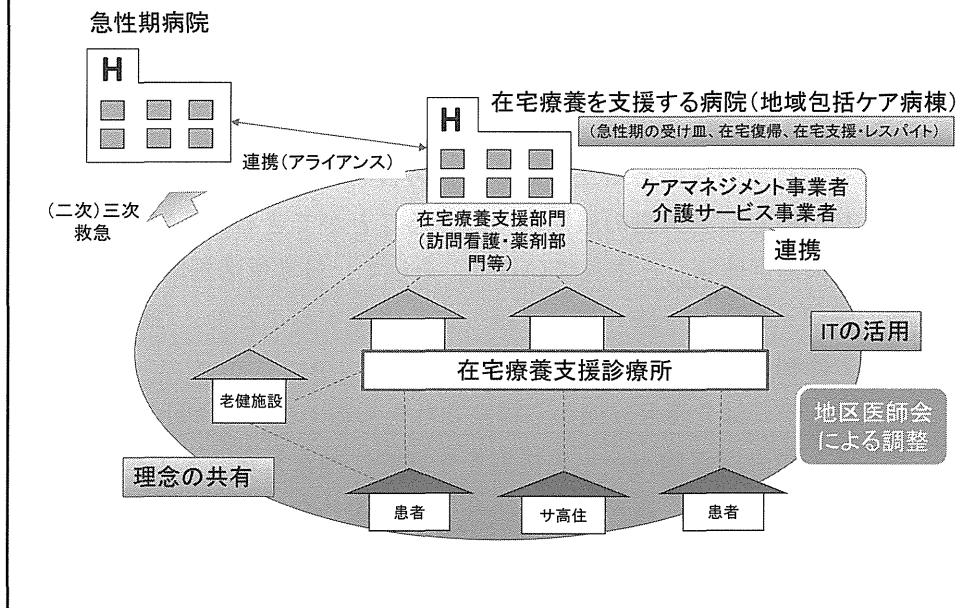
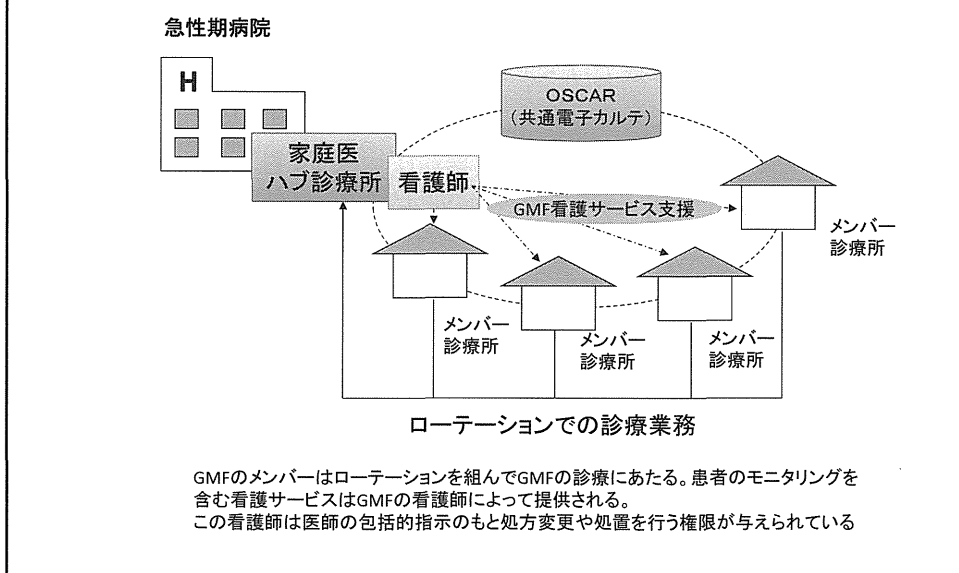


図3 カナダ・ケベック州の家庭医グループ(GMF)によるグループ診療における看護師の位置づけと役割



地域包括ケア病床は機能するのか

産業医科大学医学部公衆衛生学教室 松田晋哉

1. はじめに

国は2025年（平成37年）を目途に地域包括ケア体制の構築を目指している。地域包括ケアとは「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるような地域における包括的な支援・サービス提供体制」とされている¹⁾。そして、日常生活圏域（おおむね30分の移動圏域）で、医療・介護・予防・生活支援・住を保障することで、「時々入院（入所）、ほぼ在宅」のケア体制を実現しようとしている。

地域包括ケアシステムは介護保険側から提案されたものであり、今回の「地域包括ケア」病棟は、必ずしもこの介護保険側からの提案を全面的に踏まえたうえで構想されたものではないだろう。しかしながら、高度高齢化の進行は医療と介護の複合的サービスを必要とする高齢者を増大させるし、在宅高齢者の医療ニーズ・ケアニーズの高まりは入院（入所）と在宅の区分をあいまいにしていく。このことは医療の側からも地域包括ケア体制構築のための積極的な働きかけを求めるものである。

すでに本誌で指摘しているように²⁾、現在の受療率を前提とすれば全体の人口減少下においても高齢者の絶対数が増加するために、多くの地域で療養病床のニーズが増大する。しかもその増加量は都市部ほど大きい。財政制約等のためにこれ以上の増床が難しい以上、療養病床においては平均在院日数を短縮せざるを得なくなり、結果的にハイリスク高齢者の在宅ケアニーズが増大する。例えば、表1は現在の年齢階級別入院受療率が変わらないと仮定した場合の東京都杉並区の病床機能別病床数を推計した結果である（推計の前提は表の注参照³⁾）。2025年と2010年の差を見ると高度急性期＋一般急性期では534床、回復期では229床、医療療養＋介護療養では450床の増床が必要となる推計結果となっている。そして、現在の病床数で患者増に対応するとすれば、一般急性期では2日（9.4日→7.5日）、回復期では12日（62.4日→50.3日）、医療療養病床では59日（201.7日→141.3日）、介護療養病床では125日（391.8日→266.6日）の平均在院日数短縮が必要となる。

都市部で生じるこうしたハイリスク高齢者の在宅ケアニーズの増大にどう応えるかが喫緊の課題である。これは単に医療介護の問題にとどまらず、社会制度そのもののあり方にかかわるものである。高度高齢社会において医療機関はこれまで以上に地域の社会的共通資本⁴⁾としての役割が大きくなる。しかし、それは従来の急性期医療に偏重したものではない。その意味で地域包括ケア病棟の創設は医療制度改革の大きな流れの中の一つの重要な布石になると筆者は考えている。しかしながら、この仕組みはまだ不完全で、医療者側が実践を通してそのあるべき姿を考究することではじめてその本来の役割を果たすものであろう。本稿ではこうした視点地域包括ケア病棟に関する筆者の私見を述べてみたい。

2. 地域包括ケアの5要件への対応

地域包括ケアの基本的要素は医療・介護・予防・生活支援・住の5つである¹⁾。2013年度の地域包括ケア研究会報告書ではこれらの要素の基本をなすものとして「本人・家族の選択と心構え」をあげ、これを「養生」という言葉で説明している(図1)⁵⁾。本節では5つの構成要素のそれぞれについて地域包括ケア病棟との関連について私見を述べてみたい。

(1) 医療

地域包括ケア病床の医療面での主たる役割は、①急性期病床からの患者の受け入れ、②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ、③在宅への復帰支援の3つの機能である。こうした機能に対応できるよう、「疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること」、「看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上」、「ア)在宅療養支援病院、イ)在宅療養後方支援病院として年3件以上の受入実績、ウ)二次救急医療施設、エ)救急告示病院のいずれかをみたくこと」が規定されている。そして、こうした取り組みの結果として「在宅復帰率7割以上」を達成することが求められている。

ここで①の「急性期病床からの患者の受け入れ」と③の「在宅への復帰支援」について考えると、脳血管障害や骨折の術後など、回復期リハビリテーション病棟に準じた機能訓練を必要とする患者に加えて、「急性期医療を終え」在宅に戻るための準備的なケアが必要な患者を受け入れることになる。高齢者の場合、ベッド上の生活が数日続いただけでも移動能力や心肺機能が低下することが多く、こうした広い意味での廃用症候群を予防する機能訓練が必要となる。急性期と地域包括ケア病棟の両方を持つケアミックス病院で患者の転棟を行う場合は大きな問題はないだろう。しかしながら、急性期病院を退院し、他施設の地域包括ケア病棟に転院する場合、患者及び患者家族の理解が重要となる。「追いだし」ではなく、地域包括ケア病棟に移ることの方が長期予後やQOL、さらには経済的負担面でも望ましいことを地域包括ケア病棟全体として、データで客観的に示していくことが必要となる。また、国民は医療機関の種別とそれぞれの機能について必ずしも理解しているわけではない。個々の医療機関による制度の説明に加えて、国による情報提供の充実が不可欠である。

②の「在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ」は患者およびその家族が在宅ケアの継続に関してもっとも重視している条件である。ただし、これが地域で機能するためには、地域の医療システム全体を再検討する必要がある。例えば、在宅患者の緊急時、当該患者をどこに運ぶべきかを誰が判断するのであろうか。地域内に当該地域包括ケア病棟を持つ病院とは別に、救急を多く受け入れている急性期病院がある場合、在宅患者であっても救急時はそこに搬送されるのが一般的であろう。その急性期病院で入院治療を行うほどのレベルではないが、入院が必要だと判断される場合は、当該病院の救急外来で診療を受けた後、